

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

No 332

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 18 Juillet 1898, à 1 heure

Par HAÏM IPPA

Né à Kowno (Russie), le 31 mars 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GÉNÉRALISATION TUBERCULEUSE

POST-OPÉATOIRE

Président : M. TILLAX, professeur.

Juges : MM. HAYEM, professeur.

TUFFIER et WIDAL, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

532

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 18 Juillet 1898, à 1 heure

Par HAÏM IPPA

Né à Kowno (Russie), le 31 mars 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GÉNÉRALISATION TUBERCULEUSE

POST-OPÉRATOIRE

Le t zeker, evenals
maatregelen ge-
er met de hoop
og in der minne
Frankrijk zal
ia te zijn.
van de AUX, professeur.
steld; de regeer, professeur.
den eersten J et WIDAL, agrégés.
hervat worden, es qui lui seront faites sur les diverses
Barrios, sedertseignement médical.
oppositie partije
en zeer in 't n
Uit Nicaragua
van de ,conseil
loop van zaken.

PARIS

RI JOUVE

LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.
Agrégés en exercice.		
MM.	MM.	MM.
AUGHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	LEJARS.	SEBILÉAU.
BAR.	LETULLÉ.	THIÉRY.
BONNAIRE.	MARFAN.	THOINOT.
BROCA.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	ques.	
	RETTÉRIER.	
<i>Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.</i>		

Par délibération en date du 3 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôpital de la Charité,

Membre de l'Académie de Médecine,

Commandeur de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
GÉNÉRALISATION TUBERCULEUSE
POST-OPÉRATOIRE

INTRODUCTION

Durant notre séjour dans les hôpitaux nous avons eu l'occasion de voir un grand nombre d'interventions opératoires pour des tuberculoses locales. Bien que la plupart de ces opérations aient été couronnées de succès, du moins immédiat, il nous a été impossible d'oublier l'opinion de Verneuil, suivant laquelle toutes ces opérations, fussent-elles des plus insignifiantes, peuvent être suivies de généralisation tuberculeuse. Arrivé à la fin de nos études il nous semble utile d'étudier, autant que possible, cette question et de voir :

a) Si la généralisation tuberculeuse post-opératoire est vraiment si fréquente que l'ont soutenu Verneuil et ses élèves.

b) Si cette généralisation tuberculeuse post-opératoire

est vraiment due à l'opération, et n'est pas une simple coïncidence avec cette dernière.

c) Si dans certains cas où la généralisation tuberculeuse a suivi à courte distance une opération, cette généralisation n'a pas été plutôt le résultat d'une évolution régulière et fatale d'une tuberculose chronique indépendante de l'opération.

d) Et enfin, si cette dernière opinion est vraie, tâcher dans la mesure du possible, de poser quelques contre-indications opératoires, qui laisseraient voir, si le malade est opérable ou non, et si, en intervenant chez lui, on ne s'expose pas à opérer un malade en puissance de tuberculose généralisée.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

Nous remercions particulièrement M. le professeur agrégé Hartmann, chirurgien des hôpitaux, qui a bien voulu nous confier le sujet de notre thèse, nous donner toutes les indications nécessaires et nous éclairer de ses conseils. Nous ne saurions trop lui exprimer notre gratitude.

C'est avec un réel plaisir que nous nous rappelons le temps passé par nous dans le service de M. le professeur Potain, professeur de clinique médicale à l'hôpital de la Charité. Nous n'oublierons jamais ses causeries au lit des malades ni ses magistrales leçons de clinique, qu'il nous a fait entendre et qui nous ont appris, non seulement à connaître notre art, mais aussi à l'aimer.

Nous remercions également notre maître M. le professeur Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker, dans le service duquel nous avons passé une année, et M. le professeur Pinard dans le service duquel nous avons appris l'accouchement.

Nous prions M. le professeur Tillaux de croire à notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

ÉTAT DE LA QUESTION

Nous n'avons pas la prétention de faire l'historique de la question. Celle-ci, à vrai dire, n'existe pas, étant donné la divergence d'opinion qui règne et qui a toujours régné parmi les auteurs, depuis le commencement de ce siècle, où l'on a commencé à traiter la tuberculose chirurgicale, jusqu'à nos jours. Actuellement le nombre de ces interventions s'est peu à peu accru, le caractère de ces maladies étant devenu plus net et plus soumis à l'observation, grâce au nombre des cas, qui jadis attribués à la scrofule et à la syphilis, sont reconnus maintenant être de nature tuberculeuse.

Parmi les auteurs que nous avons consultés, les uns affirment avec Verneuil que « la dépendance étiologique, la relation intime de cause à effet entre l'opération ou le traumatisme et la généralisation tuberculeuse n'est point douteuse », les autres soutiennent avec Trélat que dans les cas où une opération ou un traumatisme a été suivi de généralisation tuberculeuse, les malades qui ont fait cette généralisation après l'opération, l'auraient fait aussi bien sans celle-ci, cette dernière n'étant qu'un phénomène accidentel concomitant.

Voilà pourquoi ce que nous voulons faire n'est point ce qu'on est habitué d'appeler un historique, mais un simple exposé des opinions de nos maîtres.

C'est Velpeau qui un des premiers en 1837, dans les archives générales de médecine, a attiré l'attention sur ce fait, que les malades atteints de tumeurs blanches deviennent tuberculeux pulmonaires ; il ne regarde pas ce phénomène « comme un développement de la diathèse tuberculeuse, mais comme un produit d'absorption d'éléments purulents puisés dans les articulations et transportés dans le parenchyme pulmonaire » ; il en conclue que dès que l'on soupçonne un commencement d'absorption, il faut opérer.

Bauchet dans sa thèse d'agrégation de 1837, soutient la même opinion. Il dit que la phthisie pulmonaire n'est pas une contre-indication au traitement chirurgical de la tuberculose interne, surtout quand elle a succédé à la lésion locale ; il ajoute que dans ce dernier cas, on peut opérer, même malgré des lésions pulmonaires très avancées.

En 1853, Crocq, dans son traité des tumeurs blanches, soutient une opinion tout à fait contraire. « L'amputation ne doit jamais être pratiquée, dit-il, dès qu'une exploration attentive de la poitrine démontre l'existence de la phthisie ».

En 1866, Verneuil dans une discussion à la société de chirurgie, commence à s'occuper de l'influence des opérations sur les états diathésiques et réciproquement.

Ce qui l'intéresse surtout, à ce moment, est l'influence du diabète sur les opérations.

En 1866, apparaît la thèse inaugurale de M. Clopet, intitulée : « *Des rapports des lésions traumatiques avec les maladies générales* ». A l'encontre des auteurs cités plus haut, M. Clopet hésite et ne tire aucune conclusion de ses observations, sinon, qu'il est absolument impossible de prévoir l'influence qu'une opération pourrait avoir sur la tuberculose. Il dit, que du moment que les résultats sont tellement éventuels, il faut absolument renoncer aux opérations chez les tuberculeux, sauf dans les cas d'urgence absolue, quand le malade épuisé est en imminence de mort, si on ne l'opère pas.

C'est la même année que Verneuil soulève cette question au congrès médical international de Paris et lit une note intitulée : « *Des opérations organiques des opérés et de l'influence des états constitutionnels diathésiques sur les résultats des opérations* ». Mais jusqu'à la célèbre discussion de 1883, les communications de Verneuil ont été, comme il le dit lui-même, écoutées avec une attention polie et n'ont jamais soulevé de discussion contradictoire étendue.

En 1879, c'est encore Verneuil qui, au congrès d'Amsterdam, ramène la discussion sur cette question par sa note intitulée : « *Les indications et contre-indications opératoires chez les sujets atteints de maladies constitutionnelles* ».

En 1880 apparaît l'excellente thèse de M. Leroux inspirée par Verneuil et intitulée : « *Des amputations et des résections chez les phtisiques*. » M. Leroux émet déjà quelques opinions que Verneuil défendra plus

tard avec tant de talent à la société de chirurgie et dans ses nombreux ouvrages. De ses observations, M. Leroux tire la conclusion que dans ces opérations, « jusqu'alors l'insuccès thérapeutique a été la règle, le succès, l'exception. » (Conclusion I) : Un peu plus loin dans la conclusion VI il ajoute : « les insuccès opératoires dépendent surtout du mauvais état général et du mauvais état viscéral du sujet ; les insuccès thérapeutiques dépendent surtout des mauvaises conditions hygiéniques consécutives. » Il ne faut pas oublier que dans les observations citées par M. Leroux, les opérations ont été faites avec une antiseptie rudimentaire, sinon nulle.

Mais c'est en 1883 que la question a reçu son plus grand développement. Le 14 février de cette année, Verneuil profitant d'une observation de M. Rettard, relative à une amputation chez un albuminurique, ouvre les célèbres débats auxquels prirent part tant de chirurgiens. Nous réservant la liberté de revenir sur ces débats au cours de notre thèse, contentons-nous pour le moment du plan suivi jusqu'ici, et exposons les diverses opinions exprimées pendant cette discussion.

Verneuil a soutenu, avec des observations à l'appui, qu'une opération ou un traumatisme, peuvent amener en général chez les personnes atteintes d'une diathèse quelconque, et en particulier chez les tuberculeux l'aggravation de cette diathèse et même provoquer la mort. C'est la même thèse qu'il a défendu jusqu'à cette époque et qu'il défendra encore avec son talent habituel sans plusieurs ouvrages.

Trélat en reconnaissant que dans les observations citées par Verneuil, l'état préexistant des malades était aggravé après l'opération, ne reconnaît pas le traumatisme comme cause de l'aggravation ; il dit, qu'il est bien possible, que dans ces cas, l'état des malades se serait aggravé aussi bien dans l'opération.

M. Polaillon rapporte un cas d'une femme âgée de 41 ans, morte d'une méningite tuberculeuse consécutive à un grattage d'une tumeur blanche, et dit, que d'après ce qu'il a vu, les opérations faites sur des sujets tuberculeux peuvent agir de trois façons : Tantôt elles aggravent la maladie générale ; tantôt elles n'ont aucun effet sur elle et la phtisie continue sa marche, comme s'il n'y avait pas eu d'intervention chirurgicale ; d'autres fois, enfin, le patient reprend de l'embonpoint et de la force, et la phtisie se trouve enrayée pour un temps plus ou moins long. Le point difficile est donc, d'après M. Polaillon, de savoir quels sont les tuberculeux qu'il faut s'abstenir d'opérer et quels sont ceux qui profiteront d'une semblable intervention ; il en conclut que comme contre-indication, il ne faut retenir que l'état avancé de la tuberculose pulmonaire.

A la discussion prennent part Desprès, MM. Marchand, Périer, Berger, etc. Tous reconnaissent que les observations où les tuberculeux ont vu leur diathèse aggravée par une opération sont nombreuses ; mais ils ajoutent qu'il est difficile d'expliquer la pathogénie de cette généralisation tuberculeuse.

Il résulte de cette discussion, que, d'après les uns

on augmente pour les tuberculeux qu'on opère les chances de mort rapide ; d'après les autres, on les diminue en débarrassant les malades d'un foyer d'infection.

La même année apparaît l'ouvrage de Verneuil, sur les états constitutionnels.

Le 16 février 1884, M. Petisot soutient à Paris une thèse intitulée : *De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe*. Il y consacre un chapitre au retentissement des interventions sur la marche ultérieure de la tuberculose et déclare n'avoir jamais constaté que l'intervention ait donné une impulsion aux lésions viscérales préexistantes, et encore moins une explosion de manifestations nouvelles dans des régions primitivement indemnes.

De 1885 à 1889, nous ne trouvons aucun ouvrage discutant spécialement la question qui nous intéresse, sans compter quelques observations de généralisation tuberculeuse, survenue après opération ; parmi celles-ci il faut citer l'observation de M. Richelot, relatée à la Société de chirurgie, dans la séance du 14 octobre 1885, et une observation de M. Laennec, dans le *Journal de médecine de l'Ouest*.

En 1889, commence à paraître la publication « des études expérimentales et cliniques sur la tuberculose » sous la direction de Verneuil. Nous aurons encore l'occasion de revenir plusieurs fois sur cet ouvrage, et nous nous contenterons pour le moment de le signaler.

En 1890, la question est reprise au congrès français

dé chirurgie et mise à l'ordre du jour sous le titre de
Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales.

Procédons pour ces débats comme nous l'avons fait pour la discussion de cette même question à la Société de chirurgie en 1883, et résumons les diverses opinions exprimées à ce congrès par les différents membres présents.

M. Daniel Molière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, s'élève contre la crainte de la généralisation tuberculeuse post-opératoire. D'après lui, s'il arrive parfois à voir une généralisation tuberculeuse consécutive à une opération « celle-ci n'est pas due à la suppression d'une suppuration utile, jouant le rôle d'exécutoire », mais plutôt à une réaction fébrile survenue chez les opérés ; il suffit donc de préserver les phthisiques de la fièvre traumatique, pour les mettre en état de supporter les opérations, sans plus de conséquences que les sujets indemnes de phthisie.

A la même conclusion arrive dans sa communication M. le docteur Queirel de Marseille ; après avoir discuté plusieurs observations présentées par lui, il arrive à la conclusion suivante : A l'ancienne doctrine « Ne touchez pas aux tuberculeux », nous opposons celle-ci : « Toutes les fois qu'il existe un foyer de suppuration chez un tuberculeux, quel que soit le degré de la diathèse, supprimez-la, mais sachez la supprimer d'emblée ». Les cas où l'on doit s'abstenir nous semblent pleins d'incertitude et à part ceux où l'on a une infiltration tuberculeuse à marche aiguë et

rapide, nous ne voyons pas quels seraient les avantages de l'abstention.

C'est dans le même sens que conclut M. Routier, chirurgien des hôpitaux de Paris, en disant :

1) « Les opérations pratiquées chez les tuberculeux
« pour les débarrasser des manifestations locales de
« l'infection sont en général bénignes.

2) L'usage rigoureux de l'antisepsie permet d'éviter
« l'éclosion de ces manifestations qualifiées de réveil
« de la diathèse.

3) « L'ablation ou la destruction de ces foyers de
« tuberculose locale semble au contraire exercer une
« heureuse influence sur la santé générale et mérite
« d'être recommandée.

4) « Les résultats thérapeutiques et éloignés sont
« beaucoup plus durables qu'on ne serait tenté de le
« croire en général. »

M. le professeur Le Dentu croit que la généralisation tuberculeuse post-opératoire ne peut-être expliquée que par l'existence antérieure d'une colonisation microbienne, et celle-ci n'est qu'une simple coïncidence avec l'opération ; rien ne permet donc, dit-il, de prévoir cette généralisation et elle ne doit pas servir de contre-indication aux opérations sur les tuberculeux.

Parmi toutes les communications qui sont faites au congrès, seule, celle de M. Ed. Schwartz est un peu pessimiste ; ce chirurgien a eu 25 o/o de mortalité après le traitement chirurgical de la tuberculose externe ; il

cite 5 observations de malades qui ont fait immédiatement après l'opération une généralisation tuberculeuse dans les poumons ou dans les méninges.

En résumé, à l'encontre de la discussion de 1883, les communications faites au congrès français de chirurgie de 1889 sont favorables au traitement chirurgical de la tuberculose externe, même dans les cas de tuberculose pulmonaire assez avancée ; les auteurs conseillent l'opération, même quand l'état général est déjà assez mauvais, espérant qu'il sera amélioré par l'intervention.

La même année, M. le docteur Paul Thiéry traite cette question dans sa thèse inaugurale intitulée : *« Intervention chirurgicale dans la tuberculose locale et chez les tuberculeux. »*

Le 12 mai 1894, MM. les docteurs Dépage et Gallet lisent à la société belge de chirurgie un rapport sur « la généralisation tuberculeuse, après intervention chirurgicale sur des foyers tuberculeux ». Dans ce rapport, les auteurs se bornent à exposer l'état de la question et s'abstiennent de toute appréciation personnelle sur les opinions émises par les auteurs. De la discussion qui a suivi ce rapport, nous retiendrons l'opinion de M. Debaisieux (de Louvain), parce qu'elle est presque conforme aux conclusions auxquelles nous arrivons à la fin de notre thèse. M. Debaisieux se résume ainsi :

- 1) On observe quelquefois à la suite d'opérations chirurgicales pratiquées pour des tuberculoses externes des complications viscérales ou des généralisations

tuberculeuses qui font perdre au malade tout le bénéfice de l'intervention.

« 2) Ces accidents ne sont ordinairement que le résultat de l'évolution régulière et comme fatale de la maladie. Les cas dans lesquels ils semblent la conséquence directe du traumatisme sont tout à fait exceptionnels.

« 3) On aurait donc tort en s'appuyant sur de pareils faits de priver les tuberculeux des avantages considérables que leur procure habituellement l'intervention chirurgicale lorsqu'elle est praticable.

« 4) Cependant on fera bien de n'opérer qu'avec réserve et seulement en cas de nécessité : a) les lésions tuberculeuses récentes ; b) celles qui existent chez les sujets dont un viscère important, comme le poumon, est malade ou sérieusement menacé. »

Dans le cours de notre thèse nous acceptons, sauf quelques détails les conclusions de M. Debaisieux ; par contre ces contre-indications opératoires nous paraissent très insuffisantes.

A partir de 1894 la question ne fait plus un pas en avant. Cependant au fur et à mesure que l'antisepsie fait des progrès, les chirurgiens deviennent de plus en plus hardis et les interventions chirurgicales sur des foyers tuberculeux augmentent de nombre et il faut avouer que les cas de généralisation ne sont pas pour cela plus nombreux.

CHAPITRE II

En faisant l'historique de la question nous avons vu l'accord qui règne entre les auteurs, quant à la constatation de la généralisation tuberculeuse survenue après des opérations ou des traumatismes. Mais dès qu'il s'agit de discuter l'origine de cette généralisation, nous voyons les divergences surgir et les auteurs émettre souvent des opinions tout à fait opposées.

Cependant la question de pathogénie est ici tout ce qu'il y a de plus important : c'est d'elle que dépendra en partie la conduite à tenir dans les cas de tuberculose locale. En effet : si c'est le traumatisme qui est la cause de la généralisation, le plus logique est de s'abstenir de toute intervention ; ceci est d'autant plus indispensable, que la généralisation tuberculeuse pourrait survenir même après les opérations les plus minimales. Si, au contraire, le traumatisme n'est pour rien dans la généralisation et si cette dernière n'est qu'une coïncidence de l'opération, la conduite du chirurgien est des plus simples : on peut et même il faut intervenir en cas de tuberculose externe à la condition de tenir le malade en observation longtemps avant l'opération et de bien examiner son état général afin

d'être sur qu'il n'est pas porteur d'une généralisation tuberculeuse latente.

La pathogénie traumatique de la généralisation tuberculeuse est basée sur le fait que cette dernière a souvent suivi à bref délai une opération ou un traumatisme.

Nous croyons que Trélat est dans le vrai quand il suppose une simple coïncidence entre les deux phénomènes : l'opération et la généralisation tuberculeuse. Cette coïncidence est surtout favorisée par la marche insidieuse de la généralisation.

MM. Métaxas et Verchère qui ont étudié dans « les études expérimentales et cliniques sur la tuberculose » la méningite tuberculeuse post-opératoire, disent ceci : « Dans la méningite le début brusque, rapide n'est pas la règle et dans les diverses observations que nous rapportons la méningite semblait sommeiller quelque temps avant de se réveiller. Les phénomènes de début peuvent, tant ils sont légers, passer pendant quelques jours inaperçus : il est dès lors assez difficile de déterminer exactement le jour d'apparition de la méningite, et presque toujours c'est par à peu près que l'on peut indiquer le début ; dans la plupart des cas, c'est entre le dixième et le vingt-cinquième jour que les phénomènes se montrent. »

Il est donc admissible que, dans le cas où une opération a été suivie de généralisation tuberculeuse, cette dernière ait débuté avant l'opération ; son début lent et sa marche insidieuse pendant les premiers jours de son évolution ont empêché de faire le diagnostic pré-

coc de la maladie; entre temps on opère le malade : quelques jours ou même une semaine après l'opération, les symptômes bruyants de la généralisation tuberculeuse apparaissent et le chirurgien, ignorant le début réel de la maladie, la met naturellement sur le compte de l'opération.

Des faits pareils sont d'autant plus possibles que, comme nous le montrerons au chapitre III de cette thèse, dans la plupart des observations rapportées, on n'a fait aucune attention ni à l'état général du malade, ni aux symptômes aigus présentés par lui, ni à sa température.

Les observations de généralisation tuberculeuse post-opératoire sont nombreuses ; mais dans beaucoup d'entre elles on a mis sur le compte de l'opération des généralisations qui sont survenues deux mois et plus après le traumatisme, quand la lésion locale était depuis longtemps guérie et que le malade se considérait et était considéré par le chirurgien comme guéri. Pour citer de pareils exemples il suffit de lire les observations rapportées à la Société de chirurgie en 1883. En voici quelques-unes :

I. Page 616. — Observation empruntée à Wolkmann : Un garçon de 5 ans meurt de méningite tuberculeuse deux mois et demi après un raclage du calcaneum : Opéré le 13 octobre, premiers symptômes cérébraux apparaissent le 27 décembre.

II. Page 616. — Nous trouvons une observation où un garçon de 2 ans meurt de méningite tuberculeuse 66 jours après une résection de la tête du fémur.

Dans quelques observations on met la généralisation tuberculeuse sur le compte d'un traumatisme tellement minime qu'il ne saurait vraiment réagir d'aucune façon sur l'état général du malade :

Page 615. — M..., 17 ans, entre à l'hôpital le 24 août 1873; son état général est assez grave; il accuse des douleurs lombaires depuis cinq mois; il y a trois mois il a eu de la toux et de l'hémoptysie; actuellement il présente une gibbosité dorso-lombaire très accentuée, une paraplégie presque complète; on n'a aucune indication sur la température du malade. On le met dans une gouttière de Bonnet, c'est tout le traumatisme que le malade a supporté. Son état reste le même jusqu'au 1^{er} octobre et ce n'est qu'alors, c'est-à-dire cinq semaines après le soi-disant traumatisme, que son état s'aggrave; il meurt douze jours après de méningite tuberculeuse et on met cette mort sur le compte du traumatisme.

Voyons maintenant les théories qu'on émet pour expliquer la pathogénie traumatique de la généralisation tuberculeuse.

Verneuil en donne deux sortes d'explication :

1) « En cas de lésions viscérales préexistantes, mais
« latentes ou assoupies, la surexcitation générale pro-
« voquée dans l'économie par le traumatisme porte
« spécialement son action sur le point taré, sur le
« *locus minoris resistentiæ*. »

2) « En cas de foyer tuberculeux unique encore.
« mais irrité directement par la blessure ou l'acte opé-

« ratoire, je crois, dit-il, fermement à une auto-inoculation, à une pénétration directe de l'agent tuberculeux, soit dans les lymphatiques, soit dans les veines, ce qui expliquerait l'apparition soudaine et générale de la granulie envahissant en quelques jours plusieurs points de l'organisme. »

C'est la théorie de l'auto-inoculation développée par lui la même année, en 1883, à Rouen, au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Cette théorie d'auto-inoculation connue depuis longtemps et admise par tous les auteurs n'a pas besoin d'un traumatisme, du moment qu'il existe chez le malade un foyer tuberculeux.

M. Jaccoud dans sa leçon clinique de 1892 sur l'auto-infection, démontre que la généralisation tuberculeuse peut se faire au moyen d'une phlébite, ou même par l'irruption brusque de produit tuberculeux dans un vaisseau graduellement ulcéré de dehors en dedans.

Dans le cas qui a fait le sujet de la leçon de M. Jaccoud il n'y a pas eu de traumatisme : une femme qui cinq semaines après avoir été frappée d'hémiplégie, présentait tous les symptômes d'une granulie généralisée avec signes stéthoscopiques évidents. L'autopsie montra d'une part d'anciens tubercules cérébraux qui restés longtemps latents, avaient produit l'hémiplégie en question, et des granulations grises récentes qui avaient entraîné la mort de la femme et qui se sont développées chez elle sans qu'elle ait reçu aucun choc opératoire.

Il en est de même des observations publiées par

nous à la fin de notre thèse. Là aussi les malades n'ont reçu aucun traumatisme opératoire ce qui ne les a pas empêchés de faire la généralisation tuberculeuse et d'en mourir.

Dans l'obs. I, un malade atteint du mal de Pott meurt d'une granulie aiguë des poumons avant d'avoir été opéré.

Dans l'obs. II, un malade atteint d'une tumeur blanche meurt dans les mêmes conditions d'une méningite tuberculeuse.

Dans l'obs. III, un enfant atteint d'une spina ventosa et qu'on n'avait pas opéré fait en quelques semaines une méningite tuberculeuse.

Toutes ces raisons nous autorisent donc de nous résumer ainsi :

1) L'opinion d'après laquelle les opérations sur les tuberculeux sont souvent suivies de généralisation tuberculeuse est très exagérée.

2) Dans la plupart des observations où une opération a été suivie de généralisation tuberculeuse, il n'y a eu qu'une simple coïncidence entre ces deux phénomènes ; la généralisation n'a été que l'évolution régulière et comme fatale de lésions préexistantes ; l'opération n'y était pour rien.

CHAPITRE III

Dans le chapitre précédent nous avons parlé du début lent de la généralisation tuberculeuse, dite « post-opératoire » et de la difficulté de son diagnostic. Nous avons aussi montré que dans un très grand nombre de cas elle était indépendante de l'opération. Nous tâcherons à présent de donner quelques indications qui pourraient permettre de dépister le début de cette généralisation et d'éviter ainsi une opération qui dans ce cas ne saurait être qu'inutile en faisant seulement souffrir le malade.

Trélat parlant de la difficulté d'apprécier l'état d'un tuberculeux dit : « Vous avez des guides sûrs ; soupçonnez-vous une tuberculose d'être irrémédiable, interrogez le passé du malade et des siens, et si vous trouvez des antécédents héréditaires, considérez-la comme telle. Un tuberculeux se présente-t-il à moi avec une fistule anale, un abcès froid, une arthrite fongueuse, je prends sa température, je le soumets à une observation prolongée et attentive, je vois s'il maigrit, je recherche la façon dont se fait sa digestion. L'opération n'aggrave pas une tuberculose commençante, elle n'est à redouter que chez les malades arrivés à leur déclin ; avec un peu d'attention vous serez toujours à même de reconnaître cet état, et vous opérerez si le sujet n'est pas déchu. »

Verneuil tout en soutenant que c'est grâce au traumatisme opératoire que la généralisation tuberculeuse apparaît n'avoue pas moins que dans la plupart des cas cités par lui l'opération a été pratiquée sur des sujets dont l'état général n'était pas connu ; plusieurs d'entre eux ont été opérés deux ou trois jours après leur admission à l'hôpital ; voilà ce qu'il dit à la page 295 de son article « sur la généralisation tuberculeuse » dans le premier volume des *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose* : « en joignant les cas que je viens de réunir à ceux que j'avais déjà assemblés jadis, je vois que ces infections suraiguës ou ces aggravations soudaines s'observent principalement sur des sujets opérés sans préparation suffisante, c'est-à-dire sans avoir été soumis à un traitement pharmaceutique, hygiénique et diététique convenable ; plusieurs patients, entre autres, surtout à l'étranger, sont opérés deux ou trois jours après leur admission à l'hôpital souvent même le lendemain. »

Voilà notre tâche considérablement facilitée, parce que ce sont deux de nos plus illustres maîtres, Verneuil et Trélat qui, bien qu'ayant des opinions tout à fait opposées sur la pathogénie de la généralisation tuberculeuse, nous ont donné eux-mêmes les indications et les contre-indications opératoires. Ce qu'il nous reste à faire nous paraît bien simple : nous devons développer ces points généraux indiqués par nos Maîtres, insister sur les contre-indications les plus importantes, examiner si ces dernières ont été prises en considération dans les observations rapportées par

Verneuil pour démontrer l'origine opératoire de la tuberculose, et voir enfin si ces mêmes règles ont été observées dans les observations qui sont publiées à la fin de notre thèse.

Chaque malade entré à l'hôpital pour se faire opérer d'une lésion tuberculeuse quelconque, même la plus minime, doit être tenu longtemps en observation; il faudra faire bien attention à l'état de ses poumons et se rappeler que ce ne sont pas les lésions chroniques qui font le danger imminent pour le malade, mais les lésions aiguës; voilà pourquoi l'aggravation de la toux, de l'expectoration, tous les symptômes enfin qui peuvent faire soupçonner une poussée congestive du côté des poumons ou des méninges du patient devront faire reculer l'opération; et c'est au chirurgien de peser et de décider si cette poussée congestive peut être regardée comme passagère ou si l'état du malade est tellement grave que le mieux serait de s'abstenir de toute sorte d'intervention.

Parmi les symptômes énumérés plus haut nous avons à dessein omis la marche de la température. La fièvre est d'après tous les auteurs un des symptômes les plus importants de la tuberculose aiguë, et même dans la tuberculose chronique la fièvre est un élément qui assombrit considérablement le pronostic; mais il ne faut pas oublier aussi qu'il y a des formes de tuberculose aiguë qui évoluent sans fièvre appréciable, avec une élévation minima de la température. Ce qui est encore très important, c'est que la période de rémission peut être, au lieu de quelques heures, de plusieurs

Jours : après une ascension rapide, la température tombe jusqu'à la normale pour remonter, il est vrai, dans quelques jours aussi brusquement qu'elle était tombée. Ces changements brusques de la température doivent être rapprochés aux périodes d'accalmie entre deux poussées granuliques aiguës successives.

C'est cet état capricieux de la température chez les tuberculeux qui fait que chaque fois que celle-ci se maintient au-dessus de la normale ne fût-ce que de quelques dixièmes de degré, il faut regarder le tuberculeux comme susceptible d'une tuberculisation aiguë et par suite inopérable pour le moment. Nous ne craignons pas d'affirmer que si on voulait se donner la peine d'observer rigoureusement cette indication, on s'éviterait le reproche d'avoir fait une opération inutile ou d'avoir provoqué, comme le veut Verneuil, une généralisation tuberculeuse et la mort prématurée du patient.

Il ne suffit pas de tenir le patient en observation : il ne faut pas oublier qu'une maladie non traitée peut empirer et par cela même agir sur l'état général.

Verneuil conseille des préparations iodoformées à l'intérieur. Il faut instituer une médication tonique; prescrire l'huile de foie de morue, la créosote, etc. On fera jouer aussi un grand rôle à l'hygiène alimentaire. L'alimentation doit être abondante et de bonne qualité. La viande viendra au premier rang; on recommandera aussi les œufs, les poissons, les légumineuses, etc. Enfin et par dessus tout on placera la vie au grand air.

Si tous les malades atteints de tuberculose externe,

étaient soumis à ce régime avant la moindre intervention chirurgicale, le succès deviendrait bientôt la règle, l'insuccès l'exception.

Voyons maintenant si les contre-indications opératoires mentionnées plus haut ont été observées dans des cas de généralisation tuberculeuse rapportés par Verneuil comme étant d'origine opératoire. Il va sans dire que nous n'avons pas la prétention de discuter toutes les observations rapportées par Verneuil à toutes les séances de la Société de chirurgie, à tous les Congrès de la tuberculose et dans ses nombreux ouvrages; nous nous contenterons d'examiner une dizaine d'observations rapportées par lui dans son article sur « la généralisation tuberculeuse » publié dans les « études expérimentales et cliniques sur la tuberculose » et qui est un de ses derniers ouvrages sur cette question et partant un des plus importants. *

Obs. I (page 248). — L..., âgé de 44 ans, a reçu une contusion à l'épaule droite; il présente en outre une ostéo-arthrite à marche lente, et des abcès ossifluents. Le 20 octobre, 15 jours environ après l'entrée du malade à l'hôpital, on pratique la résection sous-périostée de la tête humérale. L'opération est suivie d'une suppuration abondante et de mauvaise nature; on trouve toute absence du travail réparateur local. Mort au dixième jour de l'opération. A l'autopsie on trouve des tubercules aux sommets des deux poumons et une pleurésie purulente à gauche.

On pourrait croire que la pleurésie était ici consécutive à l'opération, mais en lisant l'observation nous trouvons les lignes suivantes: « A la vérité nous ne sommes pas satisfait de l'état général. La perte de

force, l'amaigrissement nous inquiètent un peu et aussi la circonstance d'une arthrite rebelle et suivie de suppuration subaiguë succédant à une simple contusion articulaire. Chez un sujet sain, en effet, une tumeur de cette nature ne doit pas suppurer, et si pareille terminaison s'observe, il faut toujours soupçonner soit un état diathésique caché, soit quelques lésions organiques plus ou moins avancées. » Voilà des contre-indications qui nous semblent suffisantes pour conseiller l'abstention de toute intervention chirurgicale, mais ce n'est pas tout; plus loin nous lisons : « Je fis sur cet homme une leçon clinique et je ne dissimulai point les côté faibles de l'opération dont l'inocuité et l'efficacité décroissent rapidement à mesure que l'âge avance, et dont la réussite est douteuse quand l'état général est déjà compromis. » Malgré ces réflexions, le malade est opéré, meurt et l'observation est rapportée comme un cas de généralisation tuberculeuse causée par l'opération.

OBS. II (page 284). — G... Alfred, 17 ans, entré à l'hôpital le 19 août 1881 pour une ostéo-arthrite ancienne du genou. Le 12 octobre on pratique l'amputation de la cuisse. Le 2 novembre au soir le malade présente de l'agitation, du malaise, de l'oppression, le thermomètre monte à 39°; les sommets des deux poumons sont manifestement infiltrés de tubercules. En décembre le jeune homme demande à rentrer dans sa famille où il succombe au bout de quelques semaines.

Ici on a opéré un sujet « qui est grand, mince, pâle, d'un état général médiocre, qui tousse et qui a maigri depuis le retour des accidents articulaires. » On l'opère malgré la fièvre qui existe longtemps avant l'opération.

Obs. V (page 268). — Aimée Tiery, 6 ans, entre en avril 1886, à l'hôpital pour une coxalgie gauche suppurée avec une déviation très marquée. Le 6 août on tente le redressement, qu'on obtient en déployant très peu de force et sans que la ténotomie soit nécessaire. La petite malade meurt d'une méningite tuberculeuse le 22, 16 jours après le redressement.

Ici l'opération était aussi contre-indiquée parce que « le 28 juin on a fait au malade un grattage des fistules sans succès, mais à la suite duquel le thermomètre monte le soir pendant deux semaines jusqu'à 38°5 ».

La valeur de la fièvre comme contre-indication opératoire ressort bien de l'observation VI (page 270).

Julia G..., âgée de 8 ans, est atteinte d'il y a deux ans d'une coxalgie qui a suppuré au bout de quelques mois d'existence. Comme dans l'observation précédente (obs. V) le grattage de trajets fistuleux pratiqué en avril 1886, était resté sans résultat. On pratique le redressement avec beaucoup plus de difficulté que sur le malade de l'obs. V et sans aucune suite fâcheuse.

En parlant de ces deux observations, Verneuil dit : « Voici donc deux cas presque identiques, traités de la même façon, et qui évoluent bien différemment. Le plus grave en apparence, exigeant des manœuvres beaucoup plus sérieuses, ne s'accompagne d'aucun accident ; le plus léger, que le chirurgien touche à peine, se termine par la mort. »

Oui, les deux cas sont presque identiques, sauf la fièvre qui existait chez le malade de l'obs. V, depuis deux semaines. Ceci démontre bien que, dans ce cas, ce n'est pas l'opération qui a été la cause de la méningite, mais l'état pré-opératoire.

Obs. 1X (page 274). — X..., 14 ans, est atteint d'il y a un an d'une tumeur blanche. On pratique l'amputation de la cuisse le 21 février. Réunion par première intention, guérison complète en une quinzaine de jours. Au mois de mai on assiste à l'apparition d'une péritonite tuberculeuse, à laquelle X... succombe au mois de juin.

Ici nous trouvons dans l'observation : « l'état général laisse beaucoup à désirer, car le malade présente, dans les deux poumons, des foyers de ramollissement. » La température pré-opératoire n'est pas indiquée et le malade ne meurt de péritonite tuberculeuse que *quatre* mois après l'opération, quand la lésion locale était depuis longtemps guérie.

Obs. XIV (page 278). — Berthet A..., 41 ans, entre à l'hôpital le 16 septembre. M. Kirmisson diagnostique une adénopathie polyganglionnaire à marche rapide et propose l'ablation, qui est acceptée et pratiquée le surlendemain, 17 septembre. Mort le 27 de méningite tuberculeuse.

L'extirpation de la tumeur axillaire a été pratiquée ici sur un sujet à peine rétabli (le 30 août) d'une rougeole suivie d'une longue convalescence « douteuse » ; l'extirpation est pratiquée sur une tumeur qui avait apparu dans le cours de la rougeole et « avait presque doublé de volume » les quelques semaines qui avaient précédé l'opération.

Obs. XVII (page 291). — Th. G..., 27 ans, entre à l'hôpital pour une ostéo-arthrite des deux genoux et de l'auriculaire droit ; il a en même temps de la tuberculose pulmonaire ; on pratique le 15 mars l'amputation de la cuisse gauche et de l'auriculaire ;

il y a aggravation de la lésion pulmonaire. Mort au commencement de mai, deux mois après la double amputation.

Voilà les contre-indications que nous trouvons dans l'observation et auxquelles on n'a fait aucune attention : « Le 10 janvier 1883, passage en chirurgie dans l'état suivant : affaiblissement, amaigrissement, anorexie, diarrhée habituelle, toux et transpirations surtout le soir ; fièvre vespérale. » On essaye différents traitements locaux qui ne donnent point de résultat ; « alors comme la santé générale s'altérerait de plus en plus et que la température était très élevée le soir, on se décide à intervenir et on ampute la cuisse gauche et l'auriculaire. » Cette opération était exécutée *in extremis* et on met pourtant l'échec et la mort sur le compte de l'intervention.

Nous avons passé en revue plusieurs observations rapportées par Verneuil, comme preuves de sa théorie sur la pathogénie de la généralisation tuberculeuse survenant après une opération. Nous avons vu que dans toutes ces observations aucune des contre-indications opératoires que nous avons posées plus haut et que nous avons empruntées à Trélat et à Verneuil lui-même n'ont été observées ; dans tous ces cas, l'état général des malades était des plus mauvais ; chez les uns on constate une exacerbation vespérale de la température, tandis que chez les autres l'état de la température n'est pas indiqué du tout ; il semble donc que nous pouvons affirmer que dans toutes ces obser-

vations les malades, au moment d'être opérés, étaient déjà en train de faire de la généralisation tuberculeuse, mais que le diagnostic n'en avait pas été posé, parce qu'on n'avait pas pris les précautions indispensables dans des cas pareils et qui seules peuvent mettre sur la voie du diagnostic et du pronostic opératoire.

Nous tenons beaucoup à citer encore une observation rapportée dans la thèse de M. Leroux, qui tend à prouver l'origine opératoire de la généralisation tuberculeuse. Elle nous démontrera bien clairement l'importance qu'a la fièvre pré-opératoire et les explications un peu éloignées qu'on tâchait de donner à ce symptôme, au lieu de le regarder comme un signe probable d'une phase initiale de la tuberculose aiguë. C'est l'observation XXXVI (page 103).

Une femme âgée de 20 ans présente une carie et une fistule au niveau de l'articulation de Chopart. Son état général est bon ; elle tousse un peu : tuberculose commençante aux poumons ; le 6 mai 1851 on pratique l'amputation de Chopart. La cicatrisation se fait en partie ; mais bientôt l'état général s'aggrave, la cicatrisation s'arrête et la malade meurt en août 1858. Autopsie : on trouve une tuberculose pulmonaire et intestinale.

Dans cette observation, l'état général est marqué comme étant bon, et ce n'est qu'au cours de la thèse, page 66, que M. Leroux, en parlant de cette observation nous dit : « la température de notre malade oscillait journellement entre 38° et 39° ; le soir même de l'opération le thermomètre marquait 38°8 ; le jour suivant, 38° le matin, 36°6 le soir. Le troisième jour est apyrétique, Le quatrième, la température est normale

le matin et elle monte le soir à 38°. Les jours suivants le même état fébrile se maintient ; le matin, le malade est à peu près apyrétique, le soir, sa température oscille entre 38° et 39°.

Au lieu de chercher la cause de la fièvre dans l'état général du malade et de la regarder comme une contre-indication opératoire, on opère la malade, et quand elle est emportée par une tuberculose pulmonaire et péritonéale, Verneuil donne dans une de ses cliniques l'explication suivante de cette fièvre : « Ce n'est évidemment pas là la marche d'une fièvre traumatique ordinaire ; car si en opérant sur des tissus malades, nous avons eu une inoculation septique, la fièvre n'eût pas subi une aussi minime ascension, le thermomètre eût rapidement atteint 39° et 40°. Si d'autre part nous avons opéré sur des tissus sains, la fièvre traumatique n'eût point existé dès le premier jour, car c'est ordinairement vers le deuxième ou le troisième jour seulement qu'elle apparaît. De plus, si nous étions en présence de la fièvre traumatique, le thermomètre eût monté le troisième ou le quatrième jour à 39° ou 40°. Loin de là, la température est tombée à la normale au bout de 36 heures. C'est donc ailleurs qu'il faut chercher l'explication de ce fait qui, je crois, est la suivante : le malade, soumis depuis un certain temps à l'influence de la fièvre septicémique, n'a pu subitement s'en débarrasser aussi rapidement que nous lui avons enlevé sa jointure malade. Il a mis 36 heures à éliminer le poison septique accumulé antérieurement, et la température est retombée au taux normal. »

Nous croyons que c'est ailleurs qu'il faut rechercher la cause de cette fièvre : La malade a commencé sa tuberculose péritonéale et pulmonaire, plusieurs jours avant l'opération, et c'est de cette tuberculose qui ne devait rien à l'opération qu'elle est morte. Quant à la rémission fébrile qu'on avait remarquée chez elle quelques jours après l'opération et qui n'a duré que 24 heures, nous l'expliquons par une courte accalmie du processus tuberculeux qui, comme nous l'avons dit plus haut en parlant de la fièvre dans la tuberculose aiguë, se rencontre souvent chez ces malades. Enfin, nous le répétons encore une fois, dans ce cas il est évident qu'on a opéré un sujet qui était en pleine tuberculose aiguë ; il meurt naturellement de sa maladie et on met sa mort sur le compte de l'opération : on l'a opéré malgré la fièvre qui est une des plus importantes contre-indications opératoires.

Presque toutes les autres observations se ressemblent : ou l'état général des malades était mauvais et on a opéré tout de même en espérant améliorer ainsi l'état général, ou bien on ne trouve aucune indication ni sur l'état général, ni sur la température pré-opératoire.

C'est tout le contraire que nous voyons dans les observations publiées à la fin de notre thèse.

Dans toutes celles que nous citerons, l'état général a été à leur entrée à l'hôpital assez bon. Ils étaient soi-disant opérables en ce moment, si on n'avait pas suivi scrupuleusement les préceptes exposés par nous plus haut. Heureusement on ne s'est pas contenté d'un

examen superficiel, et on a tenu ces malades en observation rigoureuse. Dans les deux premières observations (obs. I et II), les malades n'ont pas été opérés, parce que M. Hartmann les a jugés inopérables ; les malades des observations III et IV ont refusé eux-mêmes toute intervention. La marche de la maladie a donné raison à cette sage conduite de M. Hartmann, car en peu de temps leur état général a commencé à s'aggraver, leur température est montée au dessus de la normale et ils sont tous morts de généralisation tuberculeuse. En tenant ces malades en observation, les chirurgiens se sont épargné le reproche d'avoir fait une opération inutile et d'avoir ainsi aggravé l'état des malades ou encore provoqué leur mort, car, il n'est pas douteux qu'en cas d'opération, on aurait mis la généralisation tuberculeuse sur le compte de celle-ci.

C'est grâce aux contre-indications indiquées par nous plus haut, grâce surtout à l'étude de la température des malades que M. Hartmann a pu diagnostiquer chez les malades des obs. I et II, une généralisation tuberculeuse commençante et s'abstenir de toute intervention.

Nous nous croyons donc autorisé à poser les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS .

I. — Dans la plupart des cas rapportés comme exemples de généralisation tuberculeuse d'origine opératoire les malades ont commencé cette généralisation avant l'opération et cette dernière n'a nullement fait empirer leur état.

II. — Pour éviter des mécomptes pareils et ne pas opérer inutilement des malades dont le pronostic fatal est évident, il faut les tenir longtemps en observation et tenir un compte rigoureux de contre-indications opératoires.

III. — Ces contre-indications opératoires sont : l'état général du malade, l'amaigrissement subit, l'hémoptysie, la diarrhée, les vomissements, etc., et surtout la fièvre : la moindre élévation de température pourrait avoir son importance.

IV. — Une fois ces contre-indications observées et l'antisepsie aidant, on a tout droit d'espérer que les cas de généralisation tuberculeuse dite post-opératoire seront réduits au minimum.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Hartmann)

Gaston L..., âgé de 24 ans, entre le 6 janvier 1898 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier pour un mal de Pott compliqué d'une paraplégie. Pas d'abcès par congestion perceptibles. Son état général est assez bon ; du côté des poumons : au sommet gauche on trouve de la matité à la percussion et quelques craquements à l'auscultation.

M. Hartmann, suivant son habitude, tient en observation le malade avant de l'opérer pour bien étudier son état général et ne pas opérer un malade qui est en train de faire une généralisation tuberculeuse. La marche de la maladie a donné raison à sa conduite.

Jusqu'au 9 février l'état du malade est resté assez bon, mais le 9 la température atteint 38° et il a une légère hémoptysie.

A partir de ce moment l'état général devient assez mauvais : la toux est opiniâtre, il a une perte d'appétit, de l'amaigrissement ; au sommet gauche on constate du ramollissement à marche rapide.

Du 9 jusqu'au 21 février la température oscille entre 38° et 38° 4.

Le 22 février la température descend à 37°6 pour remonter le 28 à 38°6.

Pendant ce temps l'état général devient de plus en plus mauvais et la température atteint 39°.

Le 15 mars le malade malgré son état très grave et 38° de fièvre sort de l'hôpital.

Nous avons appris que, rentré chez lui, il est mort deux semaines après sa sortie de l'hôpital, sans doute d'une granulie tuberculeuse aiguë des poumons.

OBSERVATION II

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Hartmann)

S. L..., pâtissier, âgé de 35 ans, entre le 30 mars 1898 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier pour une tumeur blanche du genou gauche, ayant débuté au mois de décembre 1897 et n'ayant pas encore atteint un degré très avancé. A l'examen on trouve des points douloureux osseux au niveau de la partie inférieure et interne du condyle fémorale interne. Les mouvements d'extension de l'articulation sont conservés, mais les mouvements de flexion sont un peu diminués. L'état général est assez bon; aucune lésion pulmonaire n'est perceptible. M. Hartmann le tient tout de même en observation et ordonne un traitement tonique pré-opératoire.

Malgré ces soins le malade, qui se portait assez bien jusqu'au 27 avril et dont la température oscillait entre 36°6 et 37°, fait le 27 avril une élévation thermique de 37°6 et présente des vomissements bilieux; à l'auscultation on trouve quelques râles de bronchite à droite.

Le 1^{er} mai 38°2 et vomissements bilieux.

A partir de ce moment l'état général devient mauvais; le malade présente des vomissements, de la perte d'appétit et un peu d'amaigrissement.

Le 9 mai 38°2.

Le 20 mai le malade, malgré son état alarmant, sort de l'hôpital.

Nous avons appris qu'il est mort dans sa famille cinq jours après sa sortie de l'hôpital, sans doute de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION III

(Georges Dudley-Britt., méd. journ., 1891)

Méningite tuberculeuse survenant à la suite d'une lésion tuberculeuse locale.

Le 3 février je fus appelé près d'un garçon de quinze mois qui souffrait d'une *spina ventosa* localisée à la première phalange du petit doigt droit et au niveau de la troisième phalange du médius gauche. Il avait aussi un nodule induré de la grosseur d'une bille dans la joue droite.

Antécédents héréditaires. — Du côté paternel : le grand-père et une tante sont morts de tuberculose, une autre tante en est atteinte actuellement.

Du côté de la mère : une tante est également morte de tuberculose.

Le père paraît être en bonne santé ; la mère a une santé délicate.

Il n'a qu'un seul frère, âgé de trois mois, d'une constitution très faible.

Comme traitement local je prescrivis des onctions avec de l'onguent mercuriel et à l'intérieur de l'huile de foie de morue et une solution de phosphate de fer.

A la fin du mois de février la tuméfaction du doigt diminue ; le noyau de la joue disparaît également et l'enfant paraît être en meilleur état de santé.

Mais le 2 mars il devient de mauvaise humeur, irritable et ne

veut plus prendre d'aliments. Il a aussi une légère toux et un peu de diarrhée.

Les jours suivants il va de plus en plus mal, de sorte que le 6 mars il présente de phénomènes cérébraux. Il tient sa tête entre les mains et pousse des cris qui ressemblent au cri hydrocéphalique typique. Il a aussi une légère raideur du cou.

Le 7 il reste pendant des heures entières dans un état presque inconscient; de temps en temps il pousse des cris et il est très triste. C'est avec difficulté qu'on peut lui faire avaler quelque nourriture.

Le 8 il est dans un état de stupeur complète. Il a la ptose de la paupière surépieure droite avec strabisme externe, mais pas d'autre paralysie.

Il reste dans le même état jusqu'au 11 et meurt le même jour. Il n'a pas été fait d'autopsie.

Peut-on supposer que l'irritation du doigt a été la cause déterminante de la méningite? Dans tous les cas, on m'a cité plusieurs faits analogues.

Dans ce cas quel devait être le traitement?

Ne doit-on pas intervenir du tout ou doit-on agir et pratiquer l'amputation?

OBSERVATION IV

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Altman.)

M^{me} J..., âgée de 26 ans, le père est mort tuberculeux; la mère est vivante et bien portante; à l'âge de 9 ans elle a eu la scarlatine; et porte au cou des traces d'anciens ganglions tuberculeux guéris et cicatrisés; elle a été mariée à l'âge de 24 ans et a un enfant bien portant.

Le 15 janvier 1896 elle est atteinte d'une tuméfaction très dou-

loureuse à la région parotidienne droite ; un médecin lui pratique une petite incision, qui donne issue à une quantité assez considérable de pus.

Nous la voyons deux mois après : la région parotidienne paraît toujours légèrement enflée ; la petite plaie faite par l'incision n'est pas fermée et laisse suinter une petite quantité de pus ; le sondage de la plaie démontre qu'une partie de la branche montante du maxillaire inférieur est à nu, ce qui nous permet de voir qu'elle est le siège d'une carie.

L'intervention proposée est refusée. Nous nous contentons donc de lavages antiseptiques de la plaie, de cautérisations avec du nitrate d'argent et d'applications de pansements antiseptiques et iodoformés.

A cette époque nous ne constatons rien dans l'état général de la malade.

Un mois après, celle-ci voit son ventre grossir subitement. Appelée, nous pouvons constater une ascite manifeste ; une ponction pratiquée donne issue à 5 litres d'un liquide verdâtre ; en même temps la malade commence à tousser et à maigrir rapidement ; l'auscultation révèle des signes manifestes d'induration dans les deux poumons. Malgré l'institution d'un traitement interne la tuberculose pulmonaire et péritonéale continue à se développer ; la malade s'affaiblit de plus en plus et au bout de 3 mois une méningite tuberculeuse éclate et emporte la malade en peu de temps.

OBSERVATION V

(Burmeister S. *Inaugural dissertation*. Kiel 1889.)

La femme du serrurier M. B..., a été soignée pendant longtemps à la clinique médicale de Kiel pour une méningite tuberculeuse. L'autopsie a donné les résultats suivants :

Il y avait une cypho-scoliose survenue à la suite d'une carie de la septième vertèbre dorsale et de la deuxième lombaire. A côté de la deuxième vertèbre lombaire on trouva un abcès dans le tissu musculaire. La dure-mère et l'arachnoïde de l'encéphale aussi bien que de la moelle épinière étaient remplies de nodules tuberculeux; hydrocéphalie considérable; les poumons étaient emphysémateux; sur la plèvre et le péricarde on apercevait des traces d'inflammation. Les reins étaient indurés et congestionnés. Sur la muqueuse stomacale on trouve une cicatrice; la vessie était très distendue et dans l'épaisseur de sa muqueuse on voyait de petites tumeurs. Dans l'ovaire on trouva des corps jaunes récents; l'utérus était dans la période de menstruation.

On se demande comment on doit expliquer ces faits.

La carie vertébrale était sans doute la lésion primitive, car d'une part la carie vertébrale est presque toujours primitive et, d'autre part, la méningite revêtant la forme aiguë, la carie n'aurait pas eu le temps de se développer au cours de cette maladie.

OBSERVATION VI

(Burmeister S. *Inaugural dissertation*, Kiel, 1889.)

D... M. domestique, âgé de 37 ans, a été traité à la clinique médicale pour une méningite tuberculeuse. A l'autopsie on trouva :

Une tuberculose prononcée de la dure mère et de l'arachnoïde; la plèvre était couverte de tubercules; de même l'endocarde. Le foie, les reins, étaient parsemés de nombreux nodules tuberculeux. Au sommet du poumon gauche on trouva une ancienne induration avec incrustations calcaires. La rate était gonflée. Sur le tibia gauche on voyait une ancienne cicatrice osseuse d'une lésion tuberculeuse probablement complètement guérie, dans la

moelle du tibia se trouvait cependant du tissu gélatineux contenant de petits nodules jaunes.

Dans ce cas il s'agit d'une vraie généralisation tuberculeuse dans tout le corps, une généralisation qui n'a pu se réaliser que par la voie vasculaire sanguine.

Le point de départ de cette infection générale a été sans doute le foyer osseux du tibia ou plutôt le foyer de la moelle osseuse. On peut se demander quelle a été ici la lésion primitive : l'osteïte, l'ostémyélite ou bien le foyer situé au sommet du poumon gauche ; il serait encore admissible que les deux processus aient suivi leur évolution indépendamment l'un de l'autre. Dans tous les cas nous pouvons dire que la vieille induration calcifiée du sommet du poumon n'a eu rien à faire avec le processus de la généralisation. L'immigration du poison tuberculeux dans le système circulatoire a eu lieu de la façon suivante :

De nombreux tubercules se sont groupés autour de petits vaisseaux de la moelle osseuse, ensuite le processus s'est propagé par contiguité aux parois des vaisseaux et les tubercules se sont formés dans le tissu même de ceux-ci. Ces tubercules en dégénérant lançaient de temps en temps dans la circulation des parcelles contenant des bacilles.

De cette façon-là le poison a atteint vite divers organes.

OBSERVATION VII

(Brumerster S. Inaugural dissertation, Kiel 1889.)

Un maçon H. L..., âgé de 38 ans, fut traité à la clinique médicale pour phtisie et carie du rocher, compliquée de paralysie du nerf facial. A l'autopsie on trouva :

Dans le poumon, un vieux processus tuberculeux latent avec induration et un peu de tuberculose miliaire récente. Le rocher

gauche était détruit en grande partie par la carie dont le processus se propagéait jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire. Sur la dure-mère se trouvait un foyer tuberculeux circonscrit; sur l'arachnoïde on voyait le commencement d'une tuberculose miliaire. Le foie, la rate, les voies respiratoires, les reins, la plèvre et la glande thyroïde étaient farcis de tubercules miliaires.

Dans le nez, dans le larynx et dans les intestins on apercevait des tuméfactions tuberculeuses occupant de larges surfaces. La paroi du sinus descendant droit (Die Wand der rectaten absteigenden sinus) dépolie et de couleur rouge-brun, était couverte de nodules plus ou moins fins qui n'arrivaient cependant pas à former de tromboses.

Nous avons donc ici affaire à une tuberculose miliaire aiguë grave ayant fait poussée dans à peu près tous les organes et qui a été provoquée par la propagation d'une carie du rocher au sinus transverse, à la suite de laquelle des quantités considérables de bacilles ont pénétré dans le système circulatoire et se sont ainsi colonisés un peu partout.

Ainsi nous voyons qu'un foyer tuberculeux osseux peut se propager aux régions voisines par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins ou lymphatiques et occasionner une infection généralisée. On voit combien il est important au point de vue pratique de débarrasser l'organisme au plus vite de pareils foyers osseux enfin d'éviter la généralisation d'un processus qui au début a été purement local.

BIBLIOGRAPHIE

- Bataud et Cheron.* — Contre-indications gynécologiques chez les femmes tuberculeuses. (*Revue méd. chir. des maladies des femmes*, 1887, p. 645.)
- Bauchet.* — Thèse de concours d'agrégation. 1857.
- Brunn (Von).* — Ueber den einfluss operativer Eingriffe auf den Verlauf des Zuengentuberculose (*Deutsche med. Zeitung*, Berlin, 1889, p. 469)
- Burmeister (Johannes).* — Einige Fälle von Miliartuberkulose ausgehend von coriösen processen. (Inaugural Dissertation, Kiel, 1889.)
- Cadeau.* — Influence des suppurations prolongées sur la production des tubercul. pulmonaires. (Thèse de Paris, 1874.)
- Clipet.* — Des rapports de lésions traumatiques avec les maladies générales, 1867.
- Crocq.* — Traité de tumeurs blanches, 1853.
Congrès de la tuberculose. Paris 1888.
- Demors.* — De la généralisation tuberculeuse après ablation d'un tuberc. initial local. (Études expériment. et cliniques sur la tuberculose, t. I, p. 238, 1887.)
- Dépape et Gallet.* — La généralisation tuberculeuse après intervention chirurgicale. (*Revue de la tuberculose*, octobre 1894)
- Devos (C.).* — Tuberculose méningée et pulmonaire consécutive au raclage d'un trajet fistuleux chez un enfant de 9 ans. (*Presse médic. belge*, 1887, p. 128.)
- Danger et opportunité de l'intervention chirurgicale chez les tuberc. (*Presse méd. belge*, 1888, p. 265.)

De Pass (M.). — Tuberculosis meningitis following tuberculous osteitis; report of cases. (Memphis I. M. Sc., 1890, p. 250.)

Dudley (George). — Tuberculeuse meningitis supervening upon local tuberculous mischief. (Brit. M. J. London, 1891, p. 965.)

— Discussion sur l'action que le traumatisme exerce sur les états pathologiques antérieurs. (Bulletin de la Société de chirurgie, 1883.)

Eichenberger (Emil). — Ueber Weiterbreitung tuberkulösen processes nach operationen besonders in Kinderalter. (Diss. inaug. Brugg., 1887.)

Geeraert. — Aggravation et généralisation de la tuberculose après opération, traitement pré-opératoire, opératoire et post-opératoire. (Thèse de Paris, 1890.)

Gibney. — Tubercular meningitis following operation for osteitis of the shoulder. (Proc. N.-York., Path. Soc., 1890.)

Jaccoud. — L'auto-infection tuberculeuse. (Gaz. des Hôpitaux, 1892, 28 juin.)

Lefèvre. — De l'auto-infection tuberculeuse. (Thèse de Paris, 1893.)

Leroux (Charles). — Des amputations et résections chez les phthisiques. (Thèse de Paris, 1880.)

Laennec. — Tuberculose généralisée immédiatement après l'ablation d'un testicule tuberculeux. (Gaz. méd. de Nantes, 1887, p. 107.)

Malasser et Vignol. — Société de biologie, séances du 12 mai et du 3 juin 1883.

Mélasas et Verchère. — Méningite tuberculeuse post-traumatique. (Etudes expériment. et cliniques sur la tuberculose, t. I, p. 534, 1887.)

Neumester (E.). — Tuberculose nach operativer Behandlung von fungösen gelenkuntzündungen. (Thèse de Würzburg, 1879.)

Ollier. — Traité de résection.

Petilot. — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe. (Thèse de Paris, 1884.)

Térillon. — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales devant le congrès de chirurgie. (Bull. gén. de thér., décembre 1889.)

— Résultats immédiats de l'intervention chirurgicale pour les tuberculoses locales. (Discussion, Revue de chirurgie, 1889, p. 883.)

Thiéry (Paul). — De l'intervention chirurgicale pour les tuberculoses locales chez les tuberculeux. (Thèse 1890.)

Verneuil. — Les indications et contre-indications opératoires chez les sujets atteints des maladies constitutionnelles. Congrès d'Amsterdam, 1879.

— De l'auto-inoculation traumatique. Congrès pour l'avancement des sciences. Rouen, 1883.

— Généralisation tuberculeuse post-opératoire. (Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, 1887, p. 246.

— Des tuberculoses périphériques et leur traitement. (Sem. méd., Paris, 1890, p. 229.)

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



